

($p < 0,05$) активности каталазы эритроцитов, следующего после СОД звена антирадикальной защиты.

Таким образом, антистрессорное влияние слабых электромагнитных воздействий

сопровождалось активизацией различных антиоксидантных систем, а также процессов детоксикации, и приводило к эффективной мобилизации многоуровневых противоопухолевых механизмов.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЛЕГКОГО III СТАДИИ С ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ И РАДИОСЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ

А.А. ЗАВЬЯЛОВ, А.Ю. ДОБРОДЕЕВ, С.В. МИЛЛЕР, С.А. ТУЗИКОВ,
Л.И. МУСАБАЕВА, А.В. ВОРОБЬЕВ

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Рак легкого занимает первую позицию в структуре онкологической заболеваемости и смертности среди мужского населения России. Методы лечения немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ) III стадии являются предметом для дискуссий. Активно развиваются методы комбинированного лечения, представляющие собой рациональное сочетание радикальной операции с лучевой и/или лекарственной терапией.

Цель исследования. Анализ результатов комбинированного лечения НМРЛ III стадии с применением неоадьювантной химиотерапии и интраоперационной лучевой терапии (ИОЛТ) в однократной дозе 10 Гр на фоне радиосенсибилизации цисплатином.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 2 групп пациентов с морфологически верифицированным диагнозом НМРЛ III стадии. Основную группу составили 29 пациентов, у которых комбинированное лечение включало 2 курса неоадьювантной химиотерапии по схеме паклитаксел/карбоплатин, радикальную операцию с ИОЛТ в дозе 10 Гр на фоне радиосенсибилизации цисплатином. Контрольную группу составили 41 пациент, которым выполнялась радикальная операция с ИОЛТ в дозе 15 Гр. Для ИОЛТ применялся малогабаритный бетатрон МИБ-6Э.

Результаты. В основной группе непосредственная общая эффективность неоадьювантной химиотерапии составила $41,4 \pm 9,1\%$. Стабилизация процесса зафиксирована в $37,9 \pm 9,0\%$, прогрессирование – в $20,7 \pm 7,5\%$ случаев. Количество

развившихся послеоперационных осложнений в основной группе было статистически значимо меньше ($10,3 \pm 5,6\%$), чем в группе контроля ($26,8 \pm 6,7\%$) ($p < 0,05$). Снижение частоты послеоперационных осложнений и летальности у больных в основной группе было обусловлено как совершенствованием методики планирования и применения ИОЛТ, включая снижение однократной дозы с 15 до 10 Гр, так и совершенствованием ведения периоперационного периода.

Прослежены двухлетние результаты у 63 из 70 пациентов, получивших лечение по сравниваемым схемам. В основной группе прогрессирование заболевания отмечено у 4 ($15,4 \pm 7,1\%$) больных, местный рецидив – у 1 ($3,8 \pm 3,7\%$), отдаленное метастазирование – у 3 ($11,5 \pm 6,2\%$). В контрольной группе прогрессирование опухолевого процесса выявлено у 13 ($35,1 \pm 7,8\%$) больных, в 5 ($13,5 \pm 5,6\%$) случаях за счет местных рецидивов, в 9 ($24,3 \pm 7,0\%$) случаях обнаружены отдаленные метастазы. Общая двухлетняя выживаемость в основной и контрольной группах составила $88,4 \pm 6,2\%$ и $70,2 \pm 7,5\%$, безрецидивная выживаемость – $84,6 \pm 7,1\%$ и $64,8 \pm 7,8\%$ соответственно ($p < 0,05$). В исследуемой группе сочетание неоадьювантной химиотерапии и ИОЛТ в однократной дозе 10 Гр на фоне радиосенсибилизации цисплатином обеспечило увеличение длительности безрецидивного периода – $20,2 \pm 1,2$ мес, относительно больных контрольной группы – $12,8 \pm 1,2$ мес.

Выводы. Неоадьювантная химиотерапия по схеме паклитаксел/карбоплатин показала